

Welcome to AOK

Membership Declaration for Students

For your security (Data protection notice according to the Social Security Code Vol. V und X):
All data required for your membership registration will be treated as confidential. Phone numbers and e-mail addresses are optional, but make it easier for us to contact you in the event of any query. Details of course subjects, also optional, allow us to provide relevant information.

Personal details

Angaben zur Person

▶ Name, First name Name, Vorname	<input type="text"/>		
▶ Home address, Street Heimatanschrift, Straße	<input type="text"/>		
▶ Post code, Town PLZ, Ort	<input type="text"/>		
▶ Telephone Telefon	<input type="text"/>		
▶ Mobile phone Handy	<input type="text"/>		
▶ College address, Street Studienanschrift, Straße	<input type="text"/>		
▶ Post code, Town PLZ, Ort	<input type="text"/>		
▶ Telephone Telefon	<input type="text"/>		
▶ Email	<input type="text"/>		
▶ Yes, I wish the student newsletter to be sent to the following email address Ja, ich möchte den Studenten-Newsletter an die E-Mail-Adresse	<input type="text"/>		
▶ Pension registration number or date of birth RV-Nr. oder Geburtsdatum	<input type="text"/>		
Birthplace Geburtsort	<input type="text"/>	Birthname Geburtsname	<input type="text"/>
▶ Nationality Staatsangehörigkeit	<input type="text"/>	Sex Geschlecht	<input checked="" type="checkbox"/> Female weiblich <input type="checkbox"/> Male männlich
▶ I am married or have registered a civil union according to the Civil Union Bill (Lebenspartnerschaftsgesetz – LPartG) Ich bin verheiratet oder lebe in einer eingetragenen Lebenspartnerschaft nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz - LPartG	<div><input type="checkbox"/> Yes Ja <input type="checkbox"/> No Nein</div> <div><input type="checkbox"/> I have children Ich habe Kinder</div> <div><input type="checkbox"/> Yes Ja <input type="checkbox"/> No Nein (please enclose proof) (Ggf. Nachweis beifügen)</div>		

Family members to be included in my family insurance

Angehörige, die über mich familienversichert sein sollen

▶ My husband/wife or registered partner (civil union according to the Civil Union Bill – Lebenspartnerschaftsgesetz – LPartG) and/or my children are to be included in my family insurance (if applicable, please fill in the following pages “AOK-Familienversicherung”).
Mein Ehepartner oder Lebenspartner (eingetragene Lebenspartnerschaft nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz – LPartG) und/oder meine Kinder sollen bei mir familienversichert sein (wenn ja, bitte die Folgeseiten „AOK-Familienversicherung“ ausfüllen).

☐ Yes Ja ☐ No Nein

AOK Membership AOK-Mitgliedschaft

- AOK Membership starts on _____
Die AOK-Mitgliedschaft beginnt am

My Studies Mein Studium

- I study at/will study at _____
Ich studiere/werde studieren an der _____
Name and address of the University/college
Name und Anschrift der Studieneinrichtung
- Is it a state-approved university/college? (Please enclose a certificate)
Handelt es sich um eine staatlich anerkannte Studieneinrichtung? (Bitte Bescheinigung beifügen)
- ☐ Yes Ja ☐ No Nein
- Preparatory language course/course of lectures from _____ to _____
Studienvorbereitender Sprachkurs/Studienkolleg von _____ bis _____
- Beginning of term _____
Semesterbeginn
- Course subjects _____
Studienfach
- Day of registration _____
Tag der Einschreibung
- First studies _____
Erststudium
- ☐ Yes – expected end of studies Ja – voraussichtliches Studienende _____
☐ No Nein
- Term _____
Semester

Please enclose a valid registration document proofing your number of core course semesters completed.

Bitte die aktuelle Immatrikulationsbescheinigung mit Anzahl der zurückgelegten Fachsemester beilegen.

- Please state after a change of studies: new end of studies _____
Bei Studienwechsel bitte angeben: neues Studienende

Further information Sonstige Angaben

Please enclose appropriate proof (certificates, jobs contracts, pension entitlement etc.) for the following informations

Bitte legen Sie geeignete Nachweise (Bescheinigungen, Arbeitsverträge, Rentenbescheide etc.) für die nachstehenden Angaben bei.

- Military/community service from _____ to _____ ☐ Yes Ja ☐ No Nein
Wehr-/Zivildienst von _____ bis _____
- Do you have an extra job besides your studies? ☐ Yes Ja ☐ No Nein
Wird neben dem Studium eine Beschäftigung ausgeübt?
- Duration and nature of this extra job _____
Dauer und Art der Beschäftigung
- Name and address of your employer _____
Name und Anschrift des Arbeitgebers
- Income, working hours per week _____
Arbeitsverdienst, wöchentliche Arbeitszeit
- Do you have a freelance job besides your studies? ☐ Yes Ja ☐ No Nein
Üben Sie neben dem Studium eine selbstständige Tätigkeit aus?
- Nature of this job and time per week _____
Art und wöchentlicher Zeitaufwand für diese Tätigkeit
- Do you receive a pension, unemployment benefit or other state benefits? ☐ Yes Ja ☐ No Nein
Beziehen Sie Rente, Arbeitslosengeld, Versorgungsbezüge o. ä.?
- Duration and nature of these benefits _____
Dauer und Bezugsart
- Have you been exempted from the compulsory insurance for students? ☐ Yes Ja ☐ No Nein
Wurden Sie bereits von der Versicherungspflicht der Studenten befreit?

Previous/current health and nursing care

Bisheriger Kranken- und Pflegeversicherungsschutz

- Name of insurance
Bisherige Krankenkasse
- Address
Adresse
- This insurance is valid from
versichert von
- to
bis
- Form of insurance
versichert als
- ☒ Member
Mitglied
- ☐ Family member
Familienangehöriger
- Notice given on to terminate this insurance as from
Die Mitgliedschaft bei der bisherigen Krankenkasse wurde gekündigt am zum

Mode of payment with liability to contribution

Zahlungsweise bei Beitragspflicht

- ☐ Advance payment of the complete semester fee
Zahlung des gesamten Semesterbeitrags im Voraus
- ☐ Monthly payment of the fee
monatliche Abrechnung des Beitrages

Please fill in the SEPA Direct Debit Mandate.
Bitte SEPA-Lastschriftmandat ausfüllen.

I become AOK member and ask you to:

Ich werde AOK-Mitglied und bitte Folgendes zu veranlassen:

- I draw a state grant (BaföG) and therefore require an insurance statement for each term ☐ Yes ☐ No
Ich erhalte BaföG und benötige deshalb für jedes Semester einen Versicherungsnachweis Ja Nein
- ☐ I am interested in purchasing additional health insurance coverage
Ich habe Interesse an Zusatzversicherungen

An AOK insurance card will send to you
Eine Versichertenkarte wird Ihnen zugesendet

I confirm that these details are correct. I will immediately inform you of any changes in my income or job.
Ich bestätige, dass die Angaben richtig sind. Änderungen in den Einkommensverhältnissen oder der beruflichen Tätigkeiten teile ich umgehend mit.

Date
Datum

Signature: Member
Unterschrift: Mitglied

Signature: Qualified adviser
Unterschrift: Fachberater